

福岡市民間社会福祉事業従事職員福利厚生共済制度

福 利 厚 生 ニ ュ ー ス

令和4年度 第1号 5月発行

社会福祉法人福岡市社会福祉協議会

【がん検診受診費用を助成します】

～対象の方は、是非この機会に検診を～

【 対象となる検査・年齢・助成限度額 】

検査名	検査内容	対象年齢（年度末年齢）	助成限度額
乳がん検査	マンモグラフィ検査 または 超音波検査のどちらか	20歳以上 40歳未満の 女性加入職員	2,500円
		40歳以上の 女性加入職員	2,000円
子宮頸がん検査	膣脂膏顕微鏡検査 （スメア方式）	20歳以上の 女性加入職員	1,500円
前立腺がん検査	前立腺特異抗原 （血液PSA）検査	30歳以上の 男性加入職員	3,000円
大腸がん検査	大腸内視鏡検査	20歳以上の加入職員	3,000円

1. 助成対象期間 令和4年4月1日～令和5年3月31日 受診
加入期間内の受診に限ります。
2. 助成対象者 加入職員本人
3. 助成対象年齢 上記をご参照ください
4. 申請方法 受診者本人より市社協へ申請をしてください。

※申請にあたっての注意事項及び申請書類等の詳細は裏面内容をご確認ください。

＜問い合わせ先＞

福岡市社会福祉協議会 生活福祉課 福利厚生担当：海老澤
〒810-0062 福岡市中央区荒戸 3-3-39 福岡市市民福祉プラザ 4階
TEL：092-751-1121 /FAX：092-751-1509

【助成金の申請及び支払について】

（１） 助成金の申請

助成金の申請は「がん検診費用助成金（口座振替）請求書」（様式１）により、加入職員本人が福岡市社会福祉協議会に請求してください。

申請にあたっては、受診内容を証明するものとして、次に掲げる書類のいずれか（原本）を添付してください。

- ① 検診内容（検査日、検査名、検査費用）が記載されている領収書。

※「診療費請求書兼領収書」、「診療明細書」は受診内容及び検診費用の確認ができないため、手書き等の領収書の発行を受診医療機関にご依頼ください。

- ② 「検査実施証明書」（様式２）

※提出された領収書等については、事務処理後、返却します。

- ③ 助成金の申請は、各検査、年度内１回です。

（２） 助成金の支払

あらかじめ本人の指定する口座に支払います。

※助成金を振り込む口座の通帳の写し（金融機関、支店名、口座番号、名義人が記載されたもの）の添付をお願いします。

（３） 申請書の提出期限

４月１日から翌年３月３１日までの受診分を３月３１日までに申請してください。

申請日は福利厚生共済制度加入期間内です。

退会後の申請は受付できませんので、ご注意ください。

（４） 助成金決定のお知らせ

助成決定通知書と領収書等、請求に係る書類の原本は、助成申請者ごとに封入れし、毎月の施設あての送付物（毎月１１日前後発送）に同封し、送付します。

担当者の方からお受け取りください。